رحیمی، روح اله؛ افشاری نیا، کریم؛ گل محمدیان، محسن؛ جراره، جمشید؛ نریمانی، بهمن (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی روان نمایشگری(سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۸۵-۶۵.

بررسی اثر بخشی روان نمایشگری(سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور

روح اله رحیمی[۱]، کریم افشاری نیا[۲]، محسن گل محمدیان[۳]، جمشید جراره[۴]، بهمن نریمانی[۵]

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۵

چکیده

هدف: *تعیین اثربخشی روان نمایشگری(سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور صورت گرفت.*

روش: *روش مطالعه، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و جامعه آماری پژوهش، زنان نابارور مراجعه کننده به ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از شیوه های باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب ، با سابقه حداقل دو سال ناباروری بود. از میان آن ها ۳۰ نفر به صورت داوطلب انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه به نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها علاوه بر شاخص های آمار توصیفی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.*

یافته ها: *نتایج نشان داد که میزان افسردگی اعضای گروه آزمایش که در معرض روان نمایشگری قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه به میزان معناداری ($P < ۰/۰۰۱$) کاهش یافت. این نتایج پس از یک دوره ی پیگیری سه ماهه تأیید شد. از روان نمایشگری می توان به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر در کاهش سطح افسردگی و تعدیل سایر اختلالات روانی در جمعیت های مشابه استفاده کرد. با توجه به درمان های سخت و طولانی ناباروری و احتمال بروز مشکلات روانشناختی، حضور روان شناسان بالینی در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می رسد.*

واژه های کلیدی: *روان نمایشگری، افسردگی، زنان نابارور.*

---

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، (نویسنده مسئول)، Rohollahrahimi02@gmail.com
۲. استادیار گروه روان شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحدکرمانشاه.
۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی.
۴. استادیار دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی.
۵. کارشناس ارشد علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد.

مقدمه

زادوری و باروری همواره یکی از مهم ترین کارکردهای خانواده به شمار رفته و داشتن یک فرزند، با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده است. باردار شدن برای بسیاری از زوج ها مرحله ای مهم و ناتوانی در باردار شدن به معنای فشار و درد و رنج خواهد بود (Rascanu & Vladica, 2012). ناباروری[1] چیزی بیشتر از یک تشخیص پزشکی است و نوعی داغ اجتماعی نیز محسوب می شود. ناباروری برای مردان به عنوان حمله به قدرت مردانگی آنان و زنان نابارور نیز موجوداتی بی ثمر در نظر گرفته می شوند (Bliss, 1999). ناباروری پدیده ای زیستی، روانی و اجتماعی است، در نتیجه نمی توان آن را صرفاً به عنوان اختلالی در عملکرد اعضای بدن به حساب آورد، بلکه ابعاد دیگر آن نیز با اهمیت بوده و لازم است به آن توجه شایان شود (Ramazanzadeh, Noorbala & Abedinia, 2010). ناباروری به صورت ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری و ناتوانی در حاملگی موفق، تعریف می شود (Bennett, 2009). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی(WHO)[2] شکست در بارداری، حدود ۸۰ میلیون نفر را در دنیا درگیر نموده است. حدود یک چهارم زوج های ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک خود تجربه می کنند و ۳/۴ درصد زوج ها در هر زمان مشکل ناباروری اولیه دارند (Riahi & Zarezadeh Mehrizi؛ 2012 به نقل از Khodakarami & et al, 2009). تشخیص ناباروری، انتظارات زوج های نابارور را از زندگی به چالش می کشد، زیرا ناباروری یک عامل تنش زای ناخواسته و برنامه ریزی نشده است و بسیاری از زوج ها از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند (Schmidt ,2006 ; Peterson, Newton & Feingold, 2007).

عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده(Abbasi Molid, Ghamarani & Fatehizadah,2009) در مطالعه خود، ۳۹ پژوهش داخلی با موضوع ناباروری را با روش تحلیل محتوا[3] بررسی کردند. نتایج تحقیق آنان، ۵۳ آسیب بالقوه در زندگی زوج های نابارور ایرانی را در سه حیطه درون فردی، بین فردی و فرا فردی و پنج بعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه بندی نموده است. در حوزه ی روانشناختی، مطالعات بسیاری در مورد ناباروری صورت گرفته است، زیرا ناباروری مشکلات عدیده ای را برای زوج ها ایجاد می کند. از جمله این پژوهش ها می توان به این نمونه ها اشاره کرد؛ رنج از برچسب ناباروری(Donkor & Sandall, 2007) به هم ریختن تصویر بدنی و کاهش عزت نفس (Solati dehkordi, Danesh, Gangi

1. Infertility
2. Word Health Organization
3. Content Analyis

(Peterson & Efert, 2011) آسیب در رابطه جنسی (Cwikel, Gidron & Shiner,2004; & Abedi, 2005 پرداخت هزینه های گزاف جهت درمان و مراجعه مکرر به مراکز درمانی (Klock, 2004) عوارض ناشی از درمان های متعدد و داروهای مختلف، ترس از شکست درمانی و دخالت اطرافیان (Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki & Makino, 2001) شادکامی، صفات شخصیتی و اختلالات روانی زوج های نابارور (Joyce, Bawo, Lawani, Olotu,2011 ; Rasti, Hassanzadeh, & Mirzaeean, 2012 ,Morakinyo & Cousineau & Domar, 2007; Sultan & Tahir, 2011;). ناباروری می تواند سلامت روانی و جسمانی زوج ها را به مخاطره اندازد و آنان را بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانشناختی قرار دهد (Aghayousefi, Zare, Choobsaz & Motiei, 2011). از جمله اختلالات روانشناختی که ممکن است زوج های نابارور را درگیر کند اختلال افسردگی است. پژوهش های روانشناختی (Montazeri & et al, Sbaragli & et al, 2008; Zarei, Rasulzadeh Tabatabai & Azin, 2012; 2013; Talaei & et al, 2014) نشان داده اند که ناباروری به عنوان یک تجربه پر از تنیدگی می تواند در برخی از زنان منجر به افسردگی و افزایش آن شود.

هر چند تحقیقات نشان داده اندکه هم مردان و هم زنان، پریشانی، استرس و افسردگی ناشی از ناباروری را تجربه می کنند، اما به نظر می رسد زنان در زمینه ی مسائل درون فردی، بین فردی و فرا فردی در مقایسه با مردان، نگرش ها و احساسات متفاوت تری را تجربه می کنند Alizadeh, Farahani, (shahraray & Alizadegan, 2005; Tuzer & et al, 2010). مطالعات روانشناختی مرتبط، شیوع افسردگی در زنان نابارور را نسبت به مردان مشابه رایج تر می دانند(Ghafarinejad, Khobyari, McEwen, 2003 ;pouya,1999). خسروی(Khosravi,2001) در مورد این موضوع معتقد است که مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش های اجتماعی خود موفق نشوند، منابع دیگری جهت ارضاء در اختیار دارند و قادرند عدم موفقیت در باروری را در خلال انجام سایر نقش های اجتماعی و شغلی خود جبران نمایند؛ در حالی که ایفای نقش مادری، مهم ترین منبع اجتماعی ارضاء کننده برای زنان محسوب می شود.

افسردگی شایع ترین اختلال روانپزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه های درمانی،توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. افسردگی در جهان چهارمین عامل بیماری زا و در ایران نیز بر اساس مطالعه ملی بیماری ها، سومین مشکل سلامتی کشور است (Montazeri & et al, 2013 ; Lopez, Mathers & Ezzati, 2006 ; (Hayman & Chisholm, 2006 ;. وقتی فردی در یکی از کارهای خود شکست می خورد و با ناکامی مواجه می شود به احتمال بسیار قوی، غمگین و دلگیر خواهد شد و این یک واکنش طبیعی و منطقی است اما اگر این حالت غمگینی از نظر شدت و مدت زمان با محرک

بیرونی تناسب نداشته باشد فرد دچار خلق افسرده می شود، به گونه ای که علاقه و احساس لذت را تقریباً در همه فعالیت ها از دست می دهد (Carr, 2005). همان طور که اشاره شد یکی از خطراتی که سلامتی زنان نابارور را تهدید می کند، اختلال افسردگی است. در مطالعات مختلف میزان ابتلا به افسردگی این زنان بین ۱۸/۳ تا ۹۶/۷ درصد گزارش شده است (Montazeri & et al, 2013). عدم توجه به اختلالات هیجانی زوج های نابارور به ویژه افسردگی، سیکل معیوبی ایجاد می کند که احتمال درمان ناباروری را کاهش می دهد (Van dan Akker, 2005). مطالعه فعال کلخوران، بهرامی، فرخی، زراعتی و ترحمی (Faal Kalkhoran, Bahrami, Farrokhi, Zeraati, Tarahomi, 2011) نشان داد که مهم ترین علت افزایش افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور، نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. حداقل به ۸۵ درصد افراد مبتلا به افسردگی می توان تا حد در خور توجهی کمک کرد. تشخیص و درمان زود هنگام، می تواند مدت و شدت افسردگی را به میزان زیادی کاهش دهد (Salmans, 2000، ترجمه ی Khalkhalizavie, 2003). برای بهبود اختلال افسردگی درمان های متعددی وجود دارند که از جمله آن ها می توان به روان درمانی و دارو درمانی اشاره کرد.

یکی از روش های مؤثر در درمان افسردگی، روان درمانی گروهی است. گروه های درمانی زمانی برای انسان ضرورت می یابند که گروه های طبیعی موجود در زندگی او از جمله خانواده به دلیل عملکرد نامناسب و وجود روابط ناسالم نتواند نقش پیشگیری و شفادهندگی خود را به درستی ایفا کند و منجر به بروز و تدوام اختلالاتی در فرد شوند (Mohammadi, 2007). محبوبیت گروه درمانی، به عنوان مهم ترین تحولی که در حیطه روان درمانی به وجود آمده است، عمدتاً ناشی از این اعتقاد است که مشکلات روانی از جمله افسردگی اساساً زائیده مشکلات بین فردی است. مطالعات نشان داده اند که افسردگی حتی در سطوح نیمه بالینی، با مسائل بین فردی، تجربه ی استرس بین فردی و روابط اجتماعی آشفته ارتباط دارد (Stader & Hokason, 1998 ; Mufson & Dorta, 2000). پژوهش ها هم چنین نشان داده اند که تجارب بین فردی اغلب، عوامل آشکار ساز شروع افسردگی هستند (Holahan, Moos & Bonin, 1999). روان درمانی بین فردی[1] با فرض کردن یک رشته مراحلی که به افسردگی منجر می شوند، معتقد است افسردگی های واکنشی در دوره ی بزرگسالی به علت رویداهای استرس زا مانند قطع رابطه یا فقدان های خاص ایجاد می شوند. از این رو اگر درمان شامل روابط بین فردی مناسب باشد در کاهش افسردگی افراد و به خصوص زنان بسیار مؤثر است. زیرا زنان از دوستی و روابط انسانی حظ و بهره ی بسیار می برند

1. Intrerpersonal Psychotherapy

(Moos, Cronkite & Moos, 1998). از این رو گروه درمانی به دلیل ماهیت رابطه محور و تأکید بر هم پیوستگی و حمایت، تشریک احساسات و تجربیات و دریافت بازخورد می تواند در رفع نشانگان افسردگی مؤثر باشد. مورنو (Moreno,1889–1927) پیشگام نهضت گروه درمانی، معتقد است که مردم در گروه بیمار می شوند، پس چرا در گروه درمان نشوند (Sanaeizaker, 2011). از جمله روان درمانی های گروهی مورد ا ستفاده در درمان بیماری های مزمن، روان نمایشگری[1] ا ست که به عنوان آمیزه ای از روان درمانی، آموزش مهارت های اجتماعی و نمایش مشکلات روانی و اجتماعی در نظر گرفته می شود (Hamamci, 2006). این روش یک رویکرد درمانی فعال است که شامل مؤلفه های روانی - آموزشی[2] نیز می باشد. این رویکرد درمانی به گونه ای سازمان دهی شده است که شرکت کنندگان در آن می توانند ضمن ارتباط فعال با رهبر گروه و سایر اعضاء بر فرایند درمان کنترل داشته باشد و به مرور که درمان پیش می رود بر نقش فعال خود بیافزایند (Leveton, 2001). مورنو (MorenoL) هم چنین بیان می دارد روش ما چیزی کمتر از شفا میان تمام بشریت ا ست، او ما را به چالش در آغوش کشیدن این کشف بزرگش دعوت می کند (Korshak & Shapiro, 2013). مورنو(Moreno) خود در میان گروه، به صحنه می آمد و یک واقعه را که از اخبار روزنامه ها استخراج کرده بود، توصیف می کرد. حضار با کارگردان (Moreno) در این زمینه بحث می کردند و سپس کارگردان ازآن ها دعوت می کرد تا به صحنه بیایند و آن واقعه را به صورت نمایش یا تأتر به اجرا درآورند. این بازیگران در زمینه تأتر، حرفه ای نبودند، بلکه هر یک مشکلات فردی و روانشناختی داشتند و برای درمان مراجعه کرده بودند (Blatner, 2002 ترجمه ی Haghshenas & Ashkani, 2005). همه پرده های نمایشی در این روش، فی البداهه هستند و هیچ متنی به عنوان متن نمایشی وجود ندارد زیرا در سایکودرام، اعضای گروه بازیگر نیستند بلکه دنیای خصوصی خود را بازی می کنند (Fathi, 2001). روان نمایشگری (سایکودراما) رو شی درمانی ا ست که در برابر انواع دیگر روان درمانی که در آن مراجعان فقط در مورد مشکلاتشان صحبت می کنند در درمان مشکلات اجتماعی و روانشناختی مفیدتر است (Blatner, 2002 ترجمه یHaghshenas & Ashkani, 2005). روان نمایشگری در مورد همه افراد در سنین مختلف با هر نوع ناتوانی جسمانی و روانی و در همه ی شرایط و محیط های متفاوت به کار برده شده است (Rubin, 2005). در زمینه ی اثربخشی روان نمایشگری بر جنبه های مختلف سلامت روان تا کنون پژوهش های بسیاری انجام گرفته است. به عنوان نمونه می توان به زمینه های زیر اشاره کرد.کاهش پرخاشگری(Karatas Gokeakan, 2009; Gatezade, 2013; khoubani, Zademohammadi & Jarare,

---

2. Psychodrama
3. Psycho- Educational

2013) بهبود مهارت های اجتماعی(;Sokoloff, 2006; Narimani, Biabangard, & Rajabi, 2007) (Kooraki, Yazdkhasti, Ebrahimi, Oreizi, 2010; SoleymaniNejad, 2011; Akbari,2013). افزایش شادکامی و ابراز وجود (Ahmadifoushani, Yazdkhasti & Oreizi, 2013) بازخورد سازمانی (Sadeghian & Etemadi, 2011) کاهش سطح اضطراب اجتماعی (& Dadsetan, Anari Salehsedghpoor, 1999) بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اختلالات روان پریشی و اسکیزوفرنی (*Molavi & et al, 2009*; Mohammadi & Mahmmudnia, 2012).

روان نمایشگری علاوه بر مؤثر بودن در بهبود سایر اختلالات روانی، یک روش قابل اعتماد، مؤثر، مقرون به صرفه و پایدار در درمان افسردگی است (Rezaeian, 1997). روان نمایشگری به ویژه برای افسردگی های ناشی از فقدان مفید است (Salmans, 2000، ترجمه ی Khalkhalizavie, 2003). این روش به دلیل استفاده از شیوه های عملی و نمایشی به جای گفتگوهای کلامی صرف و با درمان و بازسازی مسائل عمیق گذشته فرد، از پتانسیل بالایی برای کاهش سطح افسردگی برخوردار است (Blatner,2003). ره گوی، ابراهیمی بلیل، خانکه، رهگذر و رضائی Rahgooy, Ebrahimi) Balil, Khankeh, Rahgozar & Rezae, 2006) در پژوهشی تحت عنوان؛ تأثیر نمایش روانی بر افسردگی زنان مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی، به این نتیجه رسیدند که این روش می تواند به کاهش میزان افسردگی منجر شود. این روش در کاهش افسردگی و در مجموع ارتقاء سلامت عمومی مؤثر است (Ghasempoor & Mahdavi, 2010). بهاری، بنی اسد، خدمتگزار و اسحاقی (Bahaari, Baniasad, Khedmatgozar & eshaghi,2012) در پژوهش خود نشان دادند مداخله درمانی به شیوه نمایش روانی باعث کاهش افسردگی اساسی و افزایش میزان سلامت عمومی در گروه آزمایش شد. Rezaeian (1997) نیز سایکودراما را در کاهش سطح افسردگی بیماران مرد افسرده کارآمد یافت. در این تحقیق سایکودراما در مقایسه با درمان های پزشکی و ترکیب درمان های پزشکی و سایکودراما در کاهش میزان افسردگی مؤثرتر نشان داد. البته نمایش روانی بعد از یک دوره ی پیگیری شش ماهه در این تحقیق، تأثیر مثبت خود را حفظ کرد. در مطالعه ای دیگر سین، روسیلدا، مارکیو، سوارئز (Sene, Rosilda, Marcio & Soares,1999) تأثیر سایکودرام همراه با دارودرمانی را بر اختلال افسردگی اساسی ۲۰ بیمار بررسی کردند. این محققان پس از ۲۴ جلسه درمانی با روش سایکودرام دریافتند که این شیوه در درمان افسردگی اساسی مؤثر است. Boury, Treadwell & Kumar (2001) در بررسی تأثیر تعامل روان نمایشگری و روش های شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای بنیادی، افکار خودکار و خلق افسرده، نشان دادند که نمرات سه هفته ی اول و سه هفته ی بعدی با استفاده از نسخه دوم پرسشنامه بک تفاوت معناداری نداشت. اوگوزان اوغلی(Oguzhanoglu, 2005) با انجام روان نمایشگری بر روی ۱۱ مرد

سالمند در مدت ۱۸ جلسه، اضطراب و افسردگی آنان را کاهش داد. حامام سی (Hamamci, 2006) در ترکیه مطالعه ای دیگر در این زمینه انجام داد. نتایج این تحقیق نشان داد در بیماران افسرده ای که دو روش سایکودراما و درمان شناختی- رفتاری را با هم دریافت کرده بودند میزان افسردگی کاهش بیشتری داشته است.

بر اساس آمار موجود از هر شش زوج، یک زوج دچار مشکل ناباروری است و این موضوع آثار روانی مخربی بر روی زوج های نابارور و به خصوص زنان نابارور دارد (Talaei et al, 2014). ناباروری در زنان باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و احساس طردشدگی می شود. این شاخص ها منجر به اضطراب، احساس گناه و افسردگی در شخص نابارور می شود (Anderson, Sharpe & Irvine, 2003). Mead (2002) در پژوهش خود دریافت در تعاملات همسران افسرده، منفی گرایی، خصومت و بی اعتمادی بیشتری تجربه می شود. با در نظر گرفتن این آسیب ها و با توجه به این که (Haririan, Mohammadpour & Aghajanloo, 2009) در پژوهش خود نشان دادند که ۵۸ درصد زنان نابارور مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند که از میان آن ها ۲۱ درصد در حد افسردگی بالینی بود و پترسون و ایفرت (Peterson & Efert,2011) نیز نشان دادند افسردگی حتی می تواند منجر به انصراف نابهنگام زنان نابارور از درمان های پزشکی شود و گاهی نیز به مشکلات روانشناختی ناشی از فقدان و سوگ منجر گردد و این موضوع تأثیر قابل توجهی بر جنبه های دیگر زندگی آنان می گذارد به گونه ای که گاهی هزینه درمان این عوارض جانبی به مراتب بیشتر از هزینه های درمان ناباروری است، موضوع درمان افسردگی این افراد می تواند در دستور کار متخصصان پزشکی ناباروری و بهداشت روان قرار گیرد. با توجه به شیوع بالای افسردگی در زنان نابارور بر اساس پژوهش های ذکر شده و کارآمدی شیوه ی روان نمایشگری در بهبود سایر اختلالات روانی مشابه، در پژوهش حاضر سعی می شود تا اثربخشی روان نمایشگری (سایکودراما) بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مورد بررسی قرار گیرد.

فرضیه پژوهش

روان نمایشگری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مؤثر است.

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه) با دوره ی پیگیری سه ماهه بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش، زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری نسیم شهرخرم آباد در بازه زمانی سه ماهه؛ اردیبهشت تا پایان تیرماه سال ۱۳۹۳ بودند. از بین افراد بعد از توضیح درمانگر، به صورت داوطلبانه ۳۰ نفر، داوطلب شرکت در طرح درمان شدند. با توجه به حساسیت موضوع و عدم تمایل افراد جهت شرکت در این نوع پژوهش ها، به ناچار از آزمودنی های داوطلب استفاده شد. ۳۰ آزمودنی واجد معیارهای ورودی پژوهش، از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. هر دو گروه آزمایش و گواه به صورت همزمان به نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: قرار داشتن در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۲ سال، دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه ناباروری، تأیید افسردگی بر اساس نسخه دوم پرسشنامه بک، عدم وجود بیماری پزشکی خاص و تحصیلات دیپلم و بالاتر. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل فرد به همکاری، باردار شدن فرد، نبود افسردگی و اختلال پزشکی ایجاد شده در فرد بود. آزمودنی هایی که در پرسشنامه بک حداقل نمره ۲۰ به دست می آوردند، انتخاب می شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی BECK-2 (BDI -II)[1]: این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI است که در سال 1996 به وسیله Beck, Steer, Brawn تجدیدنظر شد که با ملاک های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM- IV) منطبق شده است. نسخه دوم این پرسشنامه همانند نسخه قبلی آن دارای ۲۱ سوال است و پاسخ ها نیز بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند. نقاط برش در نسخه دوم با فرم اولیه متفاوت است. ۰ تا ۱۳ افسردگی جزئی؛ ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ نیز نمایانگر افسردگی شدید است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر علائم افسردگی شدیدتر هستند (Solymani, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2008). در مقایسه با نسخه نخست، این پرسشنامه تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی پوشش می دهد (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996). محمدخانی (Mohammadkhani, 2007) در پژوهش خود برای ارزیابی مختصات روان سنجی این پرسشنامه، نسخه دوم پرسشنامه را بر روی نمونه ۳۵۴ نفری از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اجرا کرد و ضریب اعتبار ۰/۹۱ را گزارش کرد. روایی همزمان با مقیاس افسردگی ۶ ماده ای نیز ۰/۸۷ به دست آمد. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار ویرایش دوم پرسشنامه بک

1. Beck Depression Inventory

درکشـورهای مختلف نشـان می دهد این پرسـشـنامه از اعتبار قابل قبولی جهت سـنجش میزان افسـردگی برخوردار اسـت (Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan, 2008). در این پژوهش با اسـتفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۸۵ به دست آمد. هم چنین مطالعات مختلف نشان داده اند که این پرسشنامه با خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه MMPI، مقیاس روانپزشکی همیلتون و سایر پرسشنامه های افسردگی، همبسـته اسـت. این یافته ها بیانگر روایی مناسـب این پرسـشـنامه اسـت (Beck & et al, 1996; Byrne, Stewart & Lee, 2004).

۲. آموزش و اجرای روان نمایشـگری (سـایکودراما) : روش روان نمایشـگری معمولا دارای چهار ابزار اصـلی اسـت: *پروتاگونیسـت*[1] یا شـخص اول که از میان گروه انتخاب می شـود و پرده ای از زندگی خصوصی خود را به تصویر می کشد. *اعضای کمکی* یا من های یاور[2] که خود را جهت نمایش زندگی خصوصی شخص اول در اختیار او می گذارند. *کارگردان* یا تسهیلگر که در سه قالب تهیه کننده، درمانگر و تحلیل کننده عمل می کند. *صحنه* که مهم ترین بخش روان نمایشگری است و معمولاً به صورت بالکن دایره شکل است و نور خاصی دارد. برنامه مداخله شامل آموزش یک رشته از مهارت ها در چارچوب ۱۰ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) با رویکرد روان نمایشگری (سایکودراما) بود. هر جلسه در برگیرنده سـه مرحله؛ گرم کردن[3] (آماده سـازی)، اجرا[4] و تمرین رفتاری و مشـارکت[5] و اختتام بود. مرحله قبل از عمل یا آماده سازی شامل فعالیت هایی است که ماهیت نمایشی دارد و باعث خودجوشی، تمرکز، آشکار شدن مشکل، ایجاد فضایی حمایت کننده و اطمینان بخش، انسجام گروه و اعتمادسازی می گردد. فعالیت های این مرحله بر نیازهای اسـاسـی و ایجاد زمینه های خودجوشـی هر فرد اسـتوار اسـت. در مرحله اجرا یا عمل، پروتاگونیست توسط کارگردان یا به صورت داوطلبانه انتخاب می شود. اعضای کمکی یا حضار در این پژوهش سایر اعضای شرکت کننده در گروه آزمایش بودند. در این مرحله پروتاگونیست مشکلی را متناسب با موضوع جلسه مطرح و با به کار گرفتن اعضای یاور آن را در گروه به صورت عملی به نمایش

---

۱. Protagonist : در زبان یونانی به معنی نخستین شخص در اجرای صحنه است و در روان نمایشگری شخصی است که دارای مشکلات روانی، اجتماعی و شخصیتی می باشد و برای کسب بهبودی و دستیابی به دگرگونی های مطلوب روانشناختی به گروه معرفی می شود (Fathi, 2001).

۲. Ego helpers: برای عینیت بخشیدن به دنیای ذهنی پروتاگونیست لازم است علاوه بر شخص اول، اشخاص دیگری نیز روی صحنه بیایند و نقش افراد تأثیر گذار در زندگی شخص اول را بازی کنند (Fathi, 2001).

3.Warm - Up
4.Enactment
5.Sharing

می گذارد. بازیگران نمایش، با زنده‌کردن صحنه های سخت زندگی و تجربه نمودن دوباره احساس مرتبط با آن، به آرامش می رسیدند. این آرامش علاوه بر تخلیه هیجانی، بیشتر ناشی از یکپارچگی مجدد روان بود که قبل از اجرا دچار از هم گسیختگی شده بود.

فنون اصلی روان نمایشگری شامل؛ مضاعف، وارونگی نقش، آیینه، تک گویی، فرافکنی در آینده و خود محقق سازی در مرحله ی اجرا مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به خصوصیات اعضای گروه، مهارت در برقراری ارتباط، مهارت در تخلیه هیجانی به صورت کلامی و غیرکلامی و شناخت احساسات و نحوه ی کنترل آن ها تمرین شد.

در مرحله ی پایانی، اعضای گروه در تجارب شخصی و خصوصی زندگی هم سهیم شده و در مورد آن صحبت کردند. پروتاگونیست در این مرحله پیش از ختم جلسه مورد حمایت مجدد قرار می گیرد و از نظر روانی و عاطفی مجدداً به حالت اولیه بر می گردد.

خلاصه ای از برنامه جلسات ده گانه در زیر و عنوان جلسات و تکنیک های مختلف به کار رفته در مراحل گرم کردن و اجرا نیز در جدول ۱ آمده است.

جلسه اول. آشناسازی اعضاء با یکدیگر، معرفی و تشریح اهداف گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات گروه، احساس امنیت و اعتماد و ایجاد فضای خودجوشی و خلاقیت.

جلسه دوم. آشنایی بیشتر اعضاء با ساختار روان نمایشگری، تکنیک های آن و ایفای نقش.

جلسه سوم. استفاده از شیوه ی غیرکلامی برای آگاهی اعضاء نسبت به نحوه ی ابراز احساسات خود به دیگران و آگاهی بیشتر نسبت به هیجان های خود و زبان بدن.

جلسه چهارم. ترغیب به بازگویی مشکلات در قالب ایفای نقش، به کار گیری فنون مختلف روان نمایشگری در پرداختن به مشکلات بیان شده، تمرین گوش دادن، سؤال کردن، مشارکت و مواجهه با بخش های مختلف شخصیت خویش.

جلسات پنجم تا نهم. داوطلب شدن اعضاء برای بیان مشکل(پروتاگونیست شدن) در قالب ایفای نقش، مشارکت اعضاء به عنوان من های یاور در جهت کمک به حل مشکلات و تمرین های رفتاری در قالب فنون روان نمایشگری.

جلسه دهم. در میان گذاشتن آرزوهای خود، بازبینی تجارب و احساسات اعضای گروه با مرور خلاصه ای از جلسات و اهداف هر یک از آن ها، ارزیابی تکالیف و نشست ها و اختتام.

جدول ۱: خلاصه موضوع جلسات و تکنیک های مراحل مختلف روان نمایشگری (سایکودراما) در هر جلسه

جلسه	موضوع	گرم کردن	اجرا
۱	ارتباط فکر با احساس و رفتار	پاس دادن یک توپ خیالی[1]	آیینه [2] و جا به جایی نقش[3]
۲	مهارت بیان احساسات	درجه بندی کردن احساسات	مضاعف[4] و تعمیق هیجانات
۳	شناسایی هیجانات و زبان بدن	مجسمه سازی[5] و تعاملات غیر کلامی	آیینه و تک گویی
۴	مواجهه با بخش های مختلف شخصیت	بازی گفت و شنود[6]	صندلی خالی [7] و مضاعف
۵	غلبه بر احساس بی عرضه بودن	توصیف خود از زبان دیگران و صندلی سخنگو[8]	تک گویی و مضاعف
۶	غلبه بر افسردگی و تحمل کم ناکامی	فهرست برداری و فاصله گیری	فرافکنی در آینده و آیینه
۷	مهارت گشودن تعارضات	فشردن دست[9] و صحبت با مکان	آیینه، وارونگی نقش و حل مسئله
۸	حذف موانع بر سر راه شادمانی	خودپذیری نامشروط و بازی نقش ها	صندلی خالی و مضاعف
۹	عزت نفس	دیگ عزت نفس و توجه به بازخورد های دیگران	حل مسئله و خود محقق سازی
۱۰	جمع بندی مهارت ها و بینش های کسب شده در جلسات قبل و کاربست مهارت های کسب شده در زندگی روزمره		

شیوه اجرای پژوهش

در مرحله ی پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل به نسخه ی دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. برای آزمودنی های گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش گروهی روان نمایشگری (سایکودراما) هر هفته یک بار و به مدت ۲ ساعت اجرا شد. در گروه گواه، مداخله ای صورت نگرفت. بعد از اتمام جلسات آموزشی، در مرحله ی پس آزمون و ۳ ماه بعد در مرحله ی پیگیری، اعضای هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه افسردگی بک مجدداً پاسخ دادند. با توجه به دو سو کور بودن[10] پژوهش به منظور افزایش روایی بیرونی آن، علاوه بر رهبر گروه (یکی از همکاران پژوهش) شرکت کنندگان نیز از فرضیه اصلی پژوهش

1. Ball-Toss
2. Mirror Technics
3. Role Reversal
4. Dubling
5. Sculpting
6. Game of Diologue
7. Empty Chair
8. Speaker Chair
9. Hand Squeeze
1. Double - Blind

بی اطلاع بودند. البته این فریب تاکتیکی[1] با معیارهای اخلاقی پژوهش تناقضی نداشت. زیرا سیبر، یانزو و رودریگز (Siber, Iannuzzo & Rodriguez,1995) معتقدند که فریب تاکتیکی زمانی دغدغه اخلاقی می شود که رفتارهای خصوصی یا رفتارهایی را در برگیرد که منفی تلقی شده و یا به شرکت کنندگان آسیب برساند. البته پژوهشگران بنا به اصل اخلاقی آگاه سازی[2]، پس از پایان جلسات و گردآوری داده ها، اطلاعاتی در مورد ماهیت اصلی موضوع به شرکت کنندگان ارائه دادند. هم چنین به جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش و با توجه به مؤثر بودن جلسات آموزش روان نمایشگری در کاهش سطح افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات آموزشی روان نمایشگری برای اعضای گروه گواه نیز مطابق با برنامه انجام و آن ها نیز از این آموزش ها بهره مند شدند.

یافته های پژوهش

آزمودنی ها ۳۰ زن نابارور در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۲ سال بودند. مدت زمان ناباروی آن ها؛ ۹ نفر(۳۰ درصد) دو سال، ۹ نفر (۳۰ درصد) سه سال، ۹ نفر(۳۰ درصد) چهار سال و ۳ نفر (۱۰ درصد) نیز پنج سال و بیشتر بود.

جدول۲: متغیرهای جمعیت شناختی زنان نابارور

متغیر	دامنه سنی (سال)	آزمایش		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۱۹-۲۴	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
	۲۵-۳۰	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	۳۱-۳۶	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳
	۳۷-۴۲	۳	۲۰	۳	۲۰
تحصیلات	دیپلم	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
	کاردانی	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۶
سابقه ناباروری	۲ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۳ سال	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
	۴ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۵ سال و بیشتر	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۶

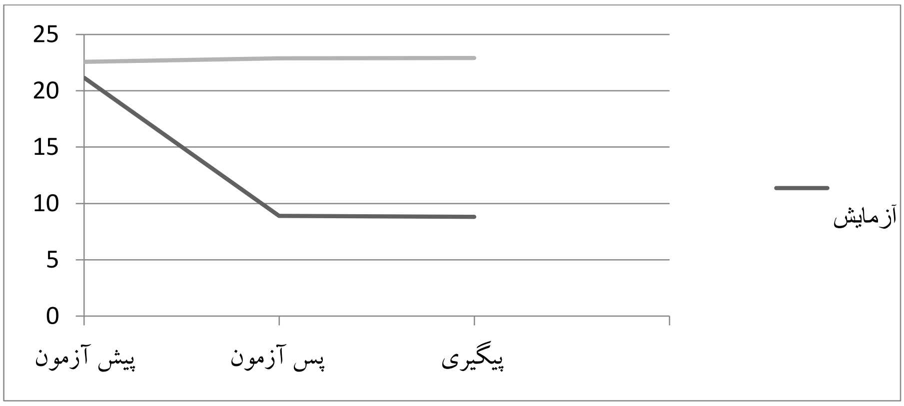
2. Deception
3. Dehoaxing

یکی از پیش فرض های این تحلیل، همسانی واریانس ها است. در این پژوهش، آزمون لوین برای بررسی این همسانی به کار رفت.

جدول۳ : آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک گروه در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۲۱/۱۵	۸/۷۳	۸/۹۰	۸/۳۵	۸/۸۰	۸/۲۵
گواه	۱۵	۲۲/۵۶	۸/۹۱	۲۲/۸۷	۸/۱۵	۲۲/۹۰	۷/۹۰

جدول ۳ نشان می دهد که در مرحله پس آزمون و پیگیری، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش که در معرض اثر آموزش های روان نمایشگری قرار گرفته اند نسبت به گروه گواه کاهش محسوسی داشته است.



نمودار۱: میانگین نمرات افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

به منظور بررسی تأثیر مداخله درمانی روان نمایشگری بر میزان افسردگی در دو گروه آزمایش (که در معرض مداخله بوده اند) و گروه گواه (که مداخله ای دریافت نکرده اند) و به جهت ثابت نگه داشتن اثر نمره ی پیش آزمون افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول۴: نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Eta	Sig
پیش آزمون افسردگی	۱۸۰۲/۸	۱	۱۸۰۲/۸	۳۰۱/۳	۰/۵۳۸	۰/۰۰۱
گروه ها	۲۵۶/۶۵	۱	۲۵۶/۶۵	۴۲/۸۳	۰/۶۱۱	۰/۰۰۱
خطا	۲۲۱/۵۵	۲۷	۵/۹۷			
مجموع	۱۵۰۶۲	۳۰				

با توجه به جدول ۴ مقدار F محاسبه شده (F=۴۲/۸۳، Eta=۰/۶۱۱، P<۰/۰۰۱) برای نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون افسردگی معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت مداخله درمانی به شیوه ی روان نمایشگری (سایکودراما) در کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش مؤثر بوده است.

نتیجه

بررسی و تحلیل فرضیه ی پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان نمایشگری (سایکودراما) تأثیر معناداری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور ایجاد کرده است. هم چنین نتایج مرحله پیگیری حاکی از تداوم تأثیر این نوع مداخله داشت. این نتیجه با یافته های پژوهشی گزارش شده از سوی رضائیان(Rezaeian,1997)، سین و همکاران(Sene & et al,1999)، بوری، ترادول و کومار (Boury, Treadwell & Kumar,2001) ، اوگوزان اوغلی(Oguzhanoglu,2005) ،حامام سی (Hamamci,2006)، ره گوی و همکاران (Rahgooy & et al,2006)، بهاری و همکاران (Bahaari & et al,2012) همسو و همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت، از آنجایی که روان نمایشگری رویکردی اجتماعی دارد، از این رو شرکت افراد در جلسات روان نمایشگری گروهی به عنوان یک شیوه آموزشی موجب تشویق و توسعه توانایی های فردی در قلمرو زندگی اجتماعی و مسئولیت پذیری در محیط زندگی می شود. این امر در تقویت خودپنداره و احساس ارزشمندی افراد افسرده که عزت نفس پایین دارند مؤثر است. با توجه به این که روان نمایشگری شکلی از بازی نقش هاست، در این روش، درمانجویان مثل این که واقعاً در موقعیت مربوطه قرار دارند به ایفای نقش می پردازند، این ایفای نقش علاوه بر کسب بینش و خودشناسی، تا حدودی تخلیه هیجانی و برانگیختگی را در پی دارد (Phares & Timothy, 2002 ترجمه ی Firoozbakht, 2009). زمانی که اعضای گروه با تخلیه هیجانی، عصبانیت و سایر هیجانات منفی را برون ریزی می کنند افکار

خودکشی گرا و افسردگی آن ها کاهش می یابد (Geldard, 2005 ترجمه ی Hosseinian, 2007). از سوی دیگر یکی از محاسن روان نمایشگری، تبدیل تمایل برون ریزی فرد به مجرای سازنده درون پردازی است. به عبارت دیگر به رفتار درآوردن یک احساس، تفکر یا نگرش ویژه با استفاده از حرکات و حالات بدنی، درک و شناخت کامل تری از دنیای درونی به دست می دهد. کاسون (Casson,2004) این گونه فعالیت ها را در کاهش تفکرات منفی و افزایش مهارت حل مسأله و تصمیم گیری تأثیرگذار می داند. عامل مهم دیگری که نقش روان نمایشگری را در کاهش افسردگی بارزتر می نماید، عامل یادگیری است زیرا فرد بیمار در گروه های روان نمایشگری می تواند در تماس با افراد دیگر (یاورها) که برخی بیشتر از او و برخی دیگر کمتر از او افسرده هستند مواردی را یاد بگیرد که در تعدیل میزان افسردگی او نقش مهمی دارد (Korshak & Shapiro, 2013). این آگاهی، شخص افسرده را حداقل لحظه ای از افسردگی اش منفک می نماید. این تجربه کوتاه چشمان بیمار را باز می کند و او را به این موقعیت رهنمون خواهد کرد که یک سطح هیجانی بدون افسردگی نیز وجود دارد (Fathi, 2001). در روان نمایشگری همانند سازی با رهبر و یا سایر اعضای گروه، تخلیه عاطفی و کسب بینش بیشتر از سایر درمان ها اتفاق می افتد و گاه با رشد استعدادهای سرکوب شده و یادگیری نحوه ی رویارویی با مشکلات از طریق پتانسیل های موجود، فرد می تواند تغییرات چشمگیری را در زندگی خود و ارتباط با دیگران ایجاد کند(Skiyan, Sanaeizaker & Navabinejad, 2008). از طرف دیگر روان نمایشگری با ارائه بازخوردهای قوی به اعضاء و پروتاگونیست می تواند این فرصت را برای فرد فراهم سازد تا برخی ادراکات در مورد خود و هم چنین روابط و مناسباتش با دیگران را از نو تعریف نماید. گروه با ایجاد احساس امنیت، موانع ارتباط با دیگران را کاهش می دهد و شیوه های تازه ای برای حل مشکلات ارائه می کند (SoleymaniNejad, 2011).

ویسمن و مارکوویتز (Weissman & Markowitz,1994) معتقدند که افراد افسرده در تعاملات خود با دیگران مشکلات همیشگی دارند. آن ها منشأ مشکلات فرد افسرده را روابط بین فردی معیوب می دانند. ناباروری به عنوان یک فقدان می تواند به قدری فرد را پریشان کند که تعاملات فرد نابارور را با دیگران تحت تأثیر قرار دهد، و این رفتار موجب می شود دیگران از او دوری کنند. اگر چه در هر مورد شرایط متفاوت است، اما همین چرخه ی افسردگی، فقدان تعامل بین فردی و ضعف مهارت های اجتماعی است که نظریه میان فردی آن را مشکل اصلی افسردگی می داند. به نظر می رسد یکی از دلایل اثر بخشی روان نمایشگری در کاهش افسردگی، ماهیت رابطه محور آن است که در اصلاح رفتار و روابط بین فردی بسیار مؤثر است (Blatner, 2003). مورنو(Moreno) معتقد است شخص بیمار، انسانی است که روابط

بیمارگونه دارد. بدین ترتیب، آنچه باید تصحیح و درمان شود، روابط او با دیگران است (Somov, 2008).

روان نمایشگری در واقع به عنوان یک روش یکپارچه، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می دهد. این شیوه ی درمانی از طریق رشد خود انگیختگی و خلاقیت منجر به یکپارچه شدن فرایندهای مربوط به تفکر، هیجان و تجسم می شود. به طوری که شخص با تمرکز بر یک رفتار شخصی در موقعیتی خاص، نظام باورها در مورد خود، دیگران و دنیای اطراف، می تواند نسبت به رفتار خود در آن موقعیت و پیامدهای شناختی و هیجانی اش که افسردگی و نشانه هایش از جمله آن است، بینش بیشتری پیدا کند (Jefferies, 2005).

در درمان های گروهی به ویژه روان نمایشگری، ادراک های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه ای، اعمال تکانشی و از خود بیگانگی بررسی و تغییر داده می شود (Corey, 1993). به نظر می‌آید که عامل تأثیر گذاری روان نمایشگری بر کاهش افسردگی همین عوامل باشد. مهم ترین وجه تمایز روان نمایشگری از سایر روش های معمول در روان درمانی که آن را در درمان اختلالات روانی از جمله افسردگی بسیار کارآمد ساخته است، جنبه هنری و نمایشی بودن آن است که آن را برای بیماران بسیار جذاب و مؤثر می کند. هم چنین آموزش هایی که در طول جلسات روان نمایشگری ارائه می شود به جهت ماهیت نمایشی و تأتر گونه، ماندگاری بیشتری داشته و قابلیت تعمیم به فضای زندگی شخص را دارد.

در اجرای این پژوهش، می توان به محدویت های محیطی و ابزاری از جمله؛ کمبود صحنه نمایش، نورپردازی مناسب، صندلی های مخصوص روان نمایشگری اشاره کرد. از طرف دیگر جهت تأثیرگذاری بیشتر این روش، پیشنهاد می شود در اجرای فنون روان نمایشگری به ویژه فن مضاعف از یاورهای آموزش دیده استفاده شود. هم چنین با توجه اثربخش بودن روان نمایشگری در این پژوهش و سایر مطالعات مشابه، می توان از آن به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر در جهت کاهش سطح افسردگی و تعدیل سایر اختلالات روانی در جمعیت های مشابه استفاده کرد. علاوه بر آن با توجه به درمان های سخت و طولانی ناباروری و احتمال بروز مشکلات روانشناختی، حضور مشاوران، روان شناسان بالینی و روان پزشکان در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می رسد.

References

Abbasi Molid, H., Ghamarani, A., and Fatehizadah, M. (2009). Iranian infertile couples living pathology. *Medicine and purification*, 72, 73, 20-8. (In Persian).

Akbari, B. (2013). Psychodrama efficacy of new entrants to the executive functions of nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 24 (71): 7-1. (In Persian)

Agha-Yousefi, A., Zare, H. Choobsaz, F. Motiei, G. (2011). The effect of coping therapy on hopelessness of infertile women. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(2), 119-125. (In Persian).

Ahmadiforushani, H, Yazdkhasti, F, and Oreizi, HR. (2013) Effectiveness of psychodrama with spiritual content of happiness, joy and mental health. *Journal of Applied Psychology*, 2 (26), 23-7. (In Persian).

Alizadeh, T, Farahani, MN; shahraray .M, and Alizadegan, SH (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility stress infertile men and women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6 (2), 204-194. (In Persian).

Anderson, K.M., Sharpe, M., Irvine, D.S.(2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003; 54, 353-355.

Bahaari, F., Baniasad-MH, Khedmatgozar, H, and eshaghi, F. (2012). Show psychological impact on the rate of major depression in depressed patients treated with medicine and public health. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2 (2), 100-89. (In Persian).

Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996) Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Pers. Assess*: Vol, 67(3): 588–97.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory*-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bennett, S.L.R. (2009). An Investigation of Sources of Sources of Women's Infertility-Specific distress and Well- being, "The Graduate Faculty of the University of Akron".

Blatner, A. (2003). "An interview with Adam Blatner about psychodrama". *American Journal of Psychology*, 5(1), 137-146.

Blatner, A. (2005). Acting-in: Practical applications of psychodramatic methods. Haghshenas, H., & Ashkani, H. (translators). Tehran: Roshd Publishers. (In Persian).

Bliss, C. (1999). "The Social Construction of Infertility by Minority Women", Doctoral Dissertation.

Boury, M; Treadwell, T; Kumar, V.K. (2001). *Integrating psychodrama and Cognitive therapy-an Expletory Study.* West Hester University. 13-37.

Byrne, B.M., Stewart, S.M., Lee, P.W.H. Validatingthe Beck Depression Inventory II for Hong Kong

Community Adolescents. *Int J Test*. 2004; (4): 199-216.

Carr, A. (2005).*Positive psychology*: The science of happiness and human strengths.NewYork: Routledge.

Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis*. NewYork: Brunner - Routledge.

Cousineau, T.M & Domar.A.D.(2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21 (2) ,293308.

Corey, G. (1993). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Wadsworth: Brooks Cole Publishing Company.

Cwikel, J.; Gidron, J. & Shiner, E. (2004). "Psychologcal interaction with infertility among women". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* Vol. 117, 2004, 126-131.

Dadsetan,P, Anari, A , and Salehsedghpoor, S. (1999). Social anxiety disorder an darama-Therapy. *Developmental Pscychology,* vol. 14, 115-124. (In Persian).

Donkor, E. & Sandall, J. (2007). "The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana". *Social Science & Medicine,* Vol. 65, 2007, 1683-1694.

Faal Kalkhoran, L, Bahrami, H, Farrokhi, N.A, Zeraati, H, Tarahomi, M.(2011). [Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran] *J Reprod Infertil*;12 (2): 157-63. (In Persian).

Farzadi, L. & Ghasemzadeh,A.(2008). Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol* ;47 (2) ,163-167.

Fathi, T. (2001). Psychodrama. Tehran: Sepand Honar Publishers. (In Persian)**.**

Gatezade, A. (2013). Effect of treatment on aggressive male student theater. *Journal of Social Psychology*, 8 (28), 99-78. (In Persian).

Geldard, D. (2007). Basic concepts and specialized subjects in counseling. Hosseinian**,**S. (translator). Tehran*: Kamal tarbi*yat Press (Published in the original language, 2005). (In Persian).

Ghafarinejad A, Khobyari F, Pouya F. Prevalence of postpartum depression in Kerman.(1999). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 17: 24-29. (In Persian).

Ghasempoor, A, Mahdavi, A.(2010).Survey Effect of psychodrama On promoting public health. *Journal of Rahpooye of Art* ,.3(9).pp:11-20 .(In Persian).

Hamamci, Z. (2002). The effects of integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy on reducing cognitive distortions in interpersonal relationship. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, *28,* 3-13.

Hamamci, Z.(2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 199–207.

Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. (2009).Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* ;13(2):45-49. (In Persian).

Hayman, S, Chisholm, D.(2006). Mental disorders. In: Jamison. Disease control priority in developing countries. 2nd Ed, Oxford University Press: UK: 605-626.

Holahan, C., Moos, R. & Bonin, L. (1999) Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In: The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches, Ed. T. Joiner & J. Coyne. Washington, DC: *American Psychological Association*, 39-63.

Kapci, E.G., Uslu, R., Turkcapar, H. Karaoglan A.(2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, *Depression and Anxiety*. 2008; (25), 104-110.

Karatas. Z., & Gokeakan, Z. (2009). The effect of group-based psychodrama on decreasingthe level of aggression in adolescents. *Turk Journal of Psychiatry*, (20), 357- 366.

Khoubani, M, Zademohammadi, A and Jarare, J. (2014). Effective communication skills

and fluent display aggression aggressive girls. *Journal of Applied Psychology, 4(28), 27-44*. (In Persian).
Khosravi, Z. (2001). "Predictors of mental health in infertile couples," *Journal of Reproduction and Infertility*, 3 (9), 64-56. (In Persian).
Klock, S. C. (2004). "Psychological adjustment to twins after infertility". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology.* Vol. 18, No. 4, 2004, 645-656.
Kooraki,M, Yazdkhasti F, Ebrahimi,A ,Oreizi,HM.(2010). Effectiveness of Psychodrama in Improving Social Skills and Reducing Internet Addiction in Female Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*,. 4, Winter, 279-288. (In Persian).
Korshak,Sh.J & Shapiro,M. (2013). Choosing the Unchosen: Counteracting the Sociodynamic Effect Using Complementary Sharing. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 61(1), 7-15.
Jefferies, J.(2005). Psycodrama. Working through action: My thank you is for your concern. *Journal of the Group-Analytic Society*, (38): 1037- 1082.
Joyce, O., Bawo, O, J., Lawani, A, Morakinyo, O., Olotu, O.(2011). "Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(1), 141-155.
Leveton, E. (2001). A Clinician's Guide to Psychodrama. (3rd ed.) New York: Springer Publishing.
Lopez, A.D., Mathers, C.D& Ezzati, M.(2001). Global and regional burden of disease and risk factors, systematic analysis of population health data, 367: 1747-1757.
Oguzhanoglu, N. O.(2005). The elderly, nursing homes and life Voyages: a psychodrama group study. Available: www Enterz Pub Med. Htm. , 16(2), 124-132.
Peterson, B. & Efert, G. (2011). "Treat Infertility Stress". *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, Issue 4, 577-587.
Peterson B,D., Newton C,R,. & Feingold T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*; 88 (4): 911- 4.
Phares, E. Jerry and, Timothy.J. Trull. (2009). Clinical Psychology: Concepts, Methods, and Profession, Tehran: Firoozbakht,M (translator) Roshd Press. (Published in the original language, 2002).(In Persian).
Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T.(2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod* ;16(5), 69-96.
Mead, D. E. (2002). Marital distress co occurring depression and marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 28: 233-314.
McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allosteric load. *Biological Psychiatry*. 54, 200-207.
Mohammadi, M. (2007). Drama Therapy. Tehran: ghatreh Press. (In Persian).
Mohammadi, S.H, and Mahmmudnia, A.R. (2012). Psychodrama impact on psychological characteristics of veterans with chronic schizophrenia. *Journal of Counseling Culture and Psychotherapy*, 3 (9), 121-105. (In Persian).
Mohammadkhani, p. (2007). Psychometric characteristics of depression in a sample survey questionnaire in patients with major depressive disorder. *Rehabilitation in diseases and mental disorder*s. 8 (2), 86-80. (In Persian).
Molavi, P, ghamarigivi, H; Rajabi, S., barahmand, Us, Rasulzadeh, B., Arab, R. and Mohammadnia, H. (2009). Psychodrama impact on increasing social skills and self-

esteem in schizophrenia patients first and second kind. *Journal of Rehabilitation*, 10 (2), 73-68. (In Persian).

Montazeri, A, Mousavi, S J, Omidvari1, S, Tavousi, M; Hashemi,A and Rostami, T. (2013). In depression: a systematic review of the research literature. *Payesh Quarterly*, 12 (6), 594-567. (In Persian). Moss, R. H., Cronkite,R.C., & Moss,B.S. (1998). Family and extrafamily resources and the 10-year course of treated depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 450-460.

Mufson, L., & Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice and research [Electronice version]. *Adolescent Psychiatry*, 25(1), 139-168.

Narimani, M., Biabangard, I., & Rajabi, S. (2007). The impact of psychodrama on social skills and self-esteem of children with dyslexia. *Research on Exceptional Children*, 2, 623-638. (In Persian).

Rahgooy,A, Ebrahimi Balil,F, Khankeh,HR, Rahgozar,M, Rezaei, O. (2006). The impact of mental representation (Saykvdram) on depression in women with chronic mental disorder. *Behavioral Sciences*, 4 (1 and 2), 76-71. (In Persian).

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. and Abedinia, N. (2010). Emotional adjustment in infertile patients. *Journal of Nursing and Midwifery martyr Beheshti University of Medical Sciences*, 20 (70), 44-36. (In Persian).

Rascanu, R., & Vladica, S. (2012). "Attitudinal and emotional structures specific for infertile women". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 33, 100-103.

Rasti, Ma, Hassanzadeh, R and Mirzaeean, B. (2012). Compare the features of personality and happiness among fertile and infertile women. *Family Health*, 1 (2), 33-27. (In Persian).

Rezaeian, M.P (1997). The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*,24(1), 82-88.

Riahi, M and Zarezadeh Mehrizi, E. (2012). Examine gender differences and psychosocial consequences of infertility Infertility Center in the city of Yazd. *Women Strategic Studies*, 4 (56), 210-155. (In Persian).

Rubin, J. A. (2005). Child art therapy. Hoboken, New Jersy: John Wiley ; Sone, Inc.

Sadeghian, F. and Etemadi, A. (2011). The effectiveness of psychodrama group counseling on Organizational feedback and job adjustment among isfahan`s educational employees. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*, 3(8), 25-40. (In Persian).

Salmanz, Sandar. (2003). Depression. Translation Khalkhalizavie, M. Tehran: Roshd press (Published in the original language, 2000). (In Persian).

Sanaeizaker, B. Psychotherapy and group counseling.(2011). Tehran: Chehr Pub.(In Persian).

Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., &Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*. 90(6). 2107-2111.

Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull*; 53(4): 390-417.

Sene,M.c.,Rosilda,A.,Marcio,B.,Soares,D,M.,.(2006). Interpersonal Therapy: a brief and focal model. *AJN*, 1, 40-43.

Siber,J.E., Iannuzzo, R., & Rodriguez, B. (1995). Deception method in psychology: Have

they changed in 23 year? *Ethics and Behavior*, 5, 67-85.

Skiyan, p, Sanaeizaker, B. and Navabinejad, sh. (2008). Effect psychodrama the increasin differentiation of the main families of female students in Tehran District 5. *Counseling Research & Developments*, 7 (25), 42-27. (In Persian).

Sokoloff, M. (2007). The use of psychodrama in resolving multicultural parentchild conflict. Proqust Information and Learning Company.

Solati dehkordi, K, Danesh, A ,Gangi, F, and Abedi, A. (2005). Comparison of self-esteem and coping responses in fertile and infertile couples in this city in 83-82 years. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 7 (4), 22-16. (In Persian).

Solymani, M., Mohammadkhani, P and Dolatshahi, B. (2008). Short-term effects of group interpersonal psychotherapy in reducing symptoms of depression and its effect on documentation style and dysfunctional attitudes. *Psychological Research*, 11 (1 and 2), 65-41. (In Persian).

SoleymaniNejad A.(2011). Effect of psychodrama on increasing the differentiation of individual of family nursing students. *Urmia Medical Journa*l. 21(1), 37-47. (In Persian).

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151–161.

Stader, S. & Hokason, J. (1998). Psychosocial antecedents of depressive symptoms: An evaluation using daily experiences methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107:17-26.

Sultan,S., & Tahir,T.(2011).“Psychological Consequences of Infertility”, *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 152-166.

Talaei, A, Kimiaei SA, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R.(2014). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*; 94(17):1-9. (In Persian).

Tuzer, Verda, T. Altug, G. Sema, & et al.(2010). “Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences”, *Turk J Med Sci*,40(2), 174-183. Van dan Akker, O.B.(2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub fertile women. *patient Educd Couns*. 57(2), 183-189.

Weissman, M. M., & Markowitz, J.C. (1994). Interpersonal psychology: *Current status Archives of General Psychiatry*, 51 (Suppl), 599-606.

Zarei, N; Rasulzadeh Tabatabai, K. and Azin, S.A. (2012). Comparison of depression, anxiety and stress in the first quarter, second and third in normal pregnant women and pregnant women treated for infertility. *Health Psychology*, 1 (4), 18-5. (In Persian).